UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 92

DE LA CURE DE CERTAINES

FISTULES VESICO-VAGINALES

PAR LES MÉTHODES ASSOCIÉES

DU DÉDOUBLEMENT ET DE L'AVIVEMENT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 15 Juillet 1913

PAR

Gaston CADRE

Né à Pontivy (Morbihan), le 30 Juillet 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la thèse

DE ROUVILLE, professeur, *président.*
ESTOR, professeur.
LEENHARDT, agrégé.
EUZIERE, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1913

DE LA CURE DE

CERTAINES FISTULES VÉSICO-VAGINALES

PAR LES MÉTHODES ASSOCIÉES

DU DÉDOUBLEMENT ET DE L'AVIVEMENT

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 92

DE LA CURE DE CERTAINES

FISTULES VESICO-VAGINALES

PAR LES MÉTHODES ASSOCIÉES

DU DÉDOUBLEMENT ET DE L'AVIVEMENT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 15 Juillet 1913

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

PAR

Gaston CADRE

Né à Pontivy (Morbihan), le 30 Juillet 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la thèse

DE ROUVILLE, professeur, *président.*
ESTOR, professeur.
LEENHARDT, agrégé.
EUZIERE, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales	MM. GRASSET (O ✲).
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique	TRUC (O ✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H).
Clinique médicale	RAUZIER.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT, HAMELIN (✲),

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, a. l. (ch. de c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.).	CABANNES.	LECERCLE
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	LISBONNE(ch. des f)

Examinateurs de la thèse ;

MM. DE ROUVILLE, prof.-adj., *présid.*	MM. LEENHARDT, *agrégé.*
ESTOR, professeur,	EUZIERE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA MÈRE

Témoignage de ma profonde affection.

A MON PÈRE

Faible hommage de reconnaissance.

A MES SŒURS

A MON FRÈRE, LE DOCTEUR MAXIME CADRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

G. CADRE.

A MES MAITRES

MESSIEURS LES PROFESSEURS

DE L'ECOLE DE MÉDECINE DE NANTES

MESSIEURS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS

DES HÔPITAUX DE NANTES

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

G. CADRE.

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

A Monsieur le Professeur Agrégé LEENHARDT

A Monsieur le Professeur Agrégé EUZIÈRE

G. CADRE.

AVANT-PROPOS

Au moment de terminer nos études, nous croirions manquer à un devoir si les premiers mots de ce travail n'étaient pour ceux qui par leur enseignement et leurs conseils contribuèrent à notre formation médicale. Qu'ils veuillent bien accepter aujourd'hui nos remerciements et l'hommage de notre reconnaissance. Qu'il nous soit permis aussi d'exprimer notre reconnaissance à nos parents, grâce auxquels nous avons pu mener à bonne fin ces longues études.

Nous sommes heureux de profiter de cette occasion pour remercier nos maîtres de l'Ecole de Médecine de Nantes qui ont guidé nos premiers pas dans la carrière médicale.

Que nos maîtres de la Faculté de Montpellier soient assurés de notre gratitude pour l'accueil bienveillant que nous avons trouvé près d'eux ; leur enseignement sera toujours gravé dans notre mémoire.

DE LA CURE DE CERTAINES

FISTULES VÉSICO-VAGINALES

PAR LES MÉTHODES ASSOCIÉES

DU DÉDOUBLEMENT ET DE L'AVIVEMENT

INTRODUCTION

Nous n'avons pas l'intention de refaire ici l'histoire complète, tant de fois traitée des fistules vésico-vaginales; nous voudrions seulement, à l'occasion de deux malades observées dans le service de M. le professeur de Rouville, à l'Hôpital Suburbain, donner un rapide aperçu d'ensemble de la question, en nous arrêtant plus longuement sur l'étiologie *post partum* et sur le traitement opératoire par la voie basse, plus spécialement sur les méthodes du dédoublement et de l'avivement, qui, associées, ont trouvé leur application dans les deux observations que nous relatons à la fin de ce travail.

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE DE LA REGION VESICO-VAGINALE

De son insertion au col de l'utérus, après un court passage dans la cavité pelvienne, le vagin descend à travers l'entonnoir formé par les muscles releveurs ; il fait ainsi la plus grande partie de son trajet, jusqu'à son extrémité inférieure, dans la région périnéale ; il y décrit une légère courbe dont la concavité regarde en avant et légèrement en haut, et se trouve situé entre deux réservoirs qui sont : en arrière, le rectum ; en avant, la vessie prolongée à sa partie inférieure par le canal de l'urètre.

C'est ce dernier rapport qui doit nous intéresser, et que nous tenons à rappeler au début de ce travail. Il montre, en effet, comment le vagin peut être mis en communication avec le réservoir vésical par un orifice qui détournera chez lui le cours normal de l'urine ; c'est la fistule urinaire vésicale du vagin, dont nous nous occuperons ici. Et, de plus, il est absolument nécessaire de bien connaître la région intermédiaire au canal vaginal et à la vessie pour saisir clairement les procédés de thérapeutique que nous nous proposons de décrire dans la suite.

Admettant avec la plupart des auteurs classiques, que la paroi antérieure du vagin mesure en hauteur 6 centimètres, on peut la considérer comme formée de deux por-

tions distinctes et d'égale longueur, qui sont, en partant de l'orifice vulvaire :

1° *Une première portion, urétrale,* représentant la moitié inférieure, soit trois centimètres, en rapport très intime avec le canal de l'urètre, dont elle est inséparable, surtout dans sa partie basse : par suite, en effet, de l'extrême densité du tissu cellulaire unissant, renforcé de faisceaux musculaires striés, les parois de l'un et de l'autre sont pour ainsi dire fusionnées et constituent *une cloison impossible à dédoubler :* la cloison urétro-vaginale.

2° *Une seconde portion,* qui répond à la base de la vessie, au niveau du col et du trigone, dont les angles voient déboucher les uretères.

Cette zone, zone vésicale, est *essentiellement décollable.* En effet, même dans sa partie inférieure, faisant suite immédiatement à la cloison urétro-vaginale, l'union de la paroi du vagin à celle de la vessie, bien qu'assurée par un tissu conjonctif assez serré, bien que déterminant aussi une résistante cloison, la cloison vésico-vaginale, permet malgré tout, le dédoublement de cette cloison par décollement des deux organes qui la constituent ; et, plus haut, aux abords de l'utérus, dans la région juxta-cervicale, cette dissection est encore facilitée par l'existence d'un tissu cellulaire excessivement lâche, où circulent de nombreuses veines et passent les deux uretères, qui descendent obliquement l'un vers l'autre, en contact intime avec la paroi antérieure du vagin, jusqu'à ce qu'ils perforent la tunique musculaire de la vessie pour aboutir enfin à leurs orifices respectifs quand ils ne sont plus distants que de 2 ou 3 centimètres.

En résumé cette zone décollable, haute de trois centimètres, épaisse de six à huit millimètres, est constituée par deux parois unies par une couche intermédiaire. Donc

trois plans superposés qui sont, en allant d'avant en arrière :

a) *La paroi vésicale,* formée d'une muqueuse tapissant la surface interne de la cavité et d'une musculature qui constitue la vraie paroi résistante de la vessie ;

b) *Une couche de tissu cellulaire* interposé, lâche, constituant le plan de clivage ;

c) *La paroi vaginale,* formée de tissus conjonctif et musculaire, que tapisse également à l'intérieur une muqueuse d'un millimètre d'épaisseur.

D'après ces dispositions anatomiques, étant donné le voisinage si proche de la vessie et du vagin, on se rend compte de la facilité avec laquelle peut se faire la communication entre les deux, par la formation d'un orifice artificiel.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

La grande majorité des fistules urinaires vaginales sont consécutives à un accouchement. Parfois, mais assez rarement, c'est l'application maladroite d'un instrument, céphalotribe ou forceps, qui donne naissance à la fistule; le plus souvent c'est un accouchement long et laborieux, abandonné à lui-même, mal ou tard aidé.

Pendant la période d'expulsion, la tête fœtale s'engage dans le détroit inférieur, elle vient tasser et comprimer avec force contre le pubis la cloison vésico-vaginale; pour peu que cette compression se prolonge elle finit par amener le sphacèle et la perforation de la cloison et par suite la communication entre la vessie et le vagin.

Dans le cas de traumatisme par application défectueuse d'un forceps et de déchirure consécutive de la cloison, on observe immédiatement une hémorragie et l'écoulement de l'urine par le vagin; mais en cas de sphacèle par compression, la perte de l'urine ne se produit qu'après la chute de l'escarre, c'est-à-dire du quatrième au huitième jour, quelquefois même plus tard. On a vu l'accident se manifester quinze jours après la délivrance, lorsque la nécrose est très limitée.

Souvent même une menue perforation est obstruée par le gonflement des tissus, qui arrive parfois à tenir au con-

tact les bords de l'orifice pathologique, assez longtemps pour qu'il y ait cicatrisation sans que la fistule ne se révèle par ses symptômes habituels.

Quoiqu'il en soit ces fistules tardives sont parfois imputées à un cathétérisme, à une injection vaginale et le médecin averti doit se mettre à l'abri de telles accusations.

Le traumatisme obstétrical, auquel nous nous intéressons plus spécialement ici, n'est pas la seule cause des fistules vésico-vaginales; elles peuvent encore être produites:

1° Par un traumatisme accidentel et banal; une chute sur un corps pointu venant perforer la cloison vésico-vaginale.

2° Par un traumatisme d'ordre chirurgical; une intervention pratiquée sur le vagin ou la vessie peut léser l'appareil urinaire et déterminer la fistule. (Une taille vésico-vaginale, une ablation d'une tumeur, d'un kyste du vagin, une hystérectomie vaginale ou abdominale, une colpotomie antérieure.)

3° Par la marche progressive d'une ulcération à point de départ vaginal ou vésical, soit simple (pessaire, pierre vésicale), soit spécifique ou néoplasique.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il résulte des nombreuses observations que nous avons eu l'occasion de lire, que la majorité des fistules *post partum,* sans forceps, siègent sur la ligne médiane ou tout près de cette ligne. Elles sont de dimensions moyennes, en règle générale leur forme est ovalaire ou elliptique, leur grand axe est transversal, quelquefois oblique, mais plus rarement longitudinal.

On peut cependant observer de petites fistules n'admettant qu'avec peine l'extrémité d'un stylet. La destruction presqu'absolue de la cloison, constituant un véritable cloaque uro-génital est rare dans ces cas.

Les fistules consécutives à un traumatisme, à une ulcération ou post-opératoires, on le conçoit, ont un siège et des dimensions fort variables.

Si la fistule est de date récente les bords en sont souples, mais si le début remonte à plusieurs mois ils peuvent être durs et scléreux, et de plus, des brides cicatricielles formées tout autour peuvent cloisonner le vagin et viennent mettre une gêne considérable au moment de l'opération.

La vessie diminue de capacité; elle est souvent atteinte de cystite, et, conséquemment, il peut se produire une pyélo-néphrite ascendante. L'uretère peut être le siège de

coudures avec dilatations et rétrécissements simultanés. L'urètre, parfois compris dans la fistule, peut être dévié, rétréci et même oblitéré. Quant aux organes génitaux profonds (utérus, trompes, ovaires), ils sont parfois le siège d'une inflammation par propagation à leur muqueuse (métrite ascendante et salpingo-ovarite).

CHAPITRE IV

SYMPTOMES — DIAGNOSTIC

La fistule vésico-vaginale se caractérise essentiellement par l'écoulement de l'urine par le vagin. Cet écoulement a lieu d'une façon variable, plus ou moins abondant, se produisant d'une façon permanente ou pendant la miction, suivant le siège et le mode de production de la fistule.

Dans les fistules par nécrose, en particulier dans la variété obstétricale, la perte de l'urine ne s'établit qu'après le détachement partiel ou total de l'escarre. Elle est souvent précédée d'accidents douloureux et fébriles, dépendant de l'inflammation dans le foyer nécrotique.

Dans les fistules par incision, déchirure ou éclatement, l'écoulement survient dès l'accident.

Une fois la fistule confirmée la perte de l'urine peut être continue ou intermittente augmentant ou diminuant par telle ou telle position. Elle est continue dans le cas de fistule très large; la totalité de l'urine passe par le vagin et tout besoin de miction est supprimé. Il en est de même si le bas-fond de la vessie est intéressé dans sa partie la plus déclive.

On observe l'écoulement intermittent dans certaines fistules de petites dimensions et haut placées. Cette intermittence peut s'expliquer soit par suite de l'oblitéra-

tion momentanée de l'orifice par le col utérin ou la paroi vaginale postérieure venant s'appliquer exactement sur le pourtour de la fistule, soit parce qu'il faut que la partie inférieure de la vessie, située au-dessous de la perte de substance, se remplisse, avant que le trop-plein passe par l'orifice. Dans ce cas on observe encore de la rétention de l'urine tant que la malade est dans le décubitus dorsal, mais cette rétention cesse aussitôt par la position assise. Le besoin de miction peut exister, et une partie des urines s'écoule par l'urètre.

Si la vulve est large et haute, l'urine peut s'accumuler dans le vagin pendant un certain temps avant de faire son apparition au dehors, la malade étant dans la position dorsale.

Dans les fistules urétrales, l'urine ne prend la voie anormale qu'au moment des mictions.

Dans les fistules de l'uretère, le suintement est permanent mais la malade rend volontairement l'urine amenée dans la vessie par l'uretère sain.

L'urine devient ammoniacale, irrite la vessie, le vagin, la vulve, le périné, la racine des cuisses. Les malades et leur entourage sont incommodés par une odeur urineuse fort désagréable. La santé générale s'altère : pâleur, anémie, perte d'appétit. Il est rare que les voies urinaires supérieures soient envahies par l'infection ascendante. Cette complication n'est guère à craindre que lorsque les dépôts phosphatiques vont jusqu'à gêner l'évacuation de l'urine.

La menstruation est troublée, les règles deviennent irrégulières et même assez souvent, elles se suppriment complètement (cinq fois sur trente observations du professeur Tédenat ; vingt et une fois sur les quarante et une fistules de la clinique d'Obshausen (Plasmann).

Comme il peut y avoir incontinence d'urine par suite de la compression du col vésical pendant l'accouchement, il est bon de procéder à un examen direct pour éviter toute erreur de diagnostic.

Le doigt introduit dans le vagin explore les points pouvant être le siège d'une induration, d'une dépression ou de toute autre particularité prouvant qu'il y a eu un travail inflammatoire à ce niveau. Si la fistule est suffisamment large, le doigt arrivera jusque dans la vessie.

L'examen visuel pourra se faire dans le décubitus dorsal ou dans la position génu-pectorale, une valve déprimant le périné et la paroi vaginale postérieure, ou encore en abaissant le col utérin pour extérioriser la fistule. Une sonde introduite dans l'urètre pourra aider la découverte de fistules particulièrement cachées; et par cette sonde on pourra au besoin injecter dans la vessie un liquide coloré qui viendra ressortir par l'orifice fistuleux.

CHAPITRE V.

TRAITEMENT

A. Voie vaginale

1° Rapide historique. — Le traitement réglé et efficace des fistules vésico-vaginales est de date récente. En 1663, Roonhuysen avive et suture au fil de soie ou de lin; ses résultats sont nuls ou médiocres; le milieu opératoire n'était pas préparé, les fils étaient septiques. Desault met la sonde à demeure et tasse des tampons dans le vagin. Il dit que « l'indication curative est la même que pour les autres fistules urinaires: détourner l'urine de sa route étrangère et lui donner une issue par sa voie naturelle. On remplit ce but en faisant porter constamment pendant plusieurs mois, une sonde de gomme élastique introduite par l'urètre dans la vessie. La sonde doit être assez grosse pour remplir exactement l'urètre et ses yeux les plus grands possibles, afin que l'urine ait une issue libre par cette voie ».

Dupuytren, Delpech, pratiquent des cautérisations au fer rouge et au crayon de nitrate d'argent. A l'action des caustiques Lallemand ajoute l'application d'érignes. Il faut convenir que dans les très petites fistules des succès incontestables furent obtenus. Malheureusement les fistules moyennes et les larges pertes de substance échappaient complètement à cette technique.

En 1829 Roux, en 1831 Dugès (de Montpellier), reviennent à la pratique de Roonhuysen, avivent, suturent, mais emploient de plus la sonde à demeure. Le défaut de soins pré-opératoires et l'emploi de fils organiques septiques expliquent leurs échecs. La consistance et la nature des tissus sur lesquels on opérait jouaient elles-mêmes un rôle. Il faut avoir exploré soigneusement des vagins fistuleux pour se rendre compte de ce que leur induration, leur état d'infection chronique, l'épaississement de leurs sous-muqueuses, enfin les brides fibro-cicatricielles qui les sillonnent rendent les affrontements et les sutures difficiles.

En 1852, Marion Sims perfectionne la méthode de Roonhuysen. Il insiste sur les soins pré-opératoires; recherche l'assouplissement des parois du vagin par des bains prolongés, la dilatation avec des tampons enduits de glycérine. Il sectionne les brides pouvant gêner l'abaissement de la fistule et la bonne coaptation des bords. De plus, il se sert d'un spéculum monovalve et emploie des fils métalliques plus propres que les fils de lin ou de soie.

Bozeman préconise la position génu-pectorale.

La méthode américaine est vulgarisée en France par Follin, Courty, Verneuil, qui publient des résultats encourageants. Le chirurgien Gustave Simon modifie quelque peu la méthode des Américains; il opère dans la position dorsale, il incise la muqueuse vésicale, respectée par les Américains dans la crainte d'hémorragies redoutables, et ne met pas de sonde à demeure à ses opérées.

La méthode de dédoublement, méthode vraiment française, bien exposée par Duboné (de Pau), fut longtemps délaissée. Elle a été reprise en France par Laroyenne, Ricard; en Allemagne par Walcher, Makenrodt. En Amérique même elle tend à supplanter la méthode de Sims (Jones, Webster).

Le procédé de Braquehaye (1899) tient à la fois de la méthode de Sims et du dédoublement.

2° Soins pré-opératoires. — Quel que soit le procédé employé, il faut préparer la région; il faut rendre accessible la fistule et aseptiser autant que possible le vagin et la vessie.

Existe-t-il des brides cicatricielles du côté du vagin? On rétablira le calibre de ce conduit soit avec la série de boules ovoïdes en gomme durcie de Bozeman, soit en faisant une dilatation extemporanée grâce à la section de ces brides.

Ce temps avait pris une grande importance depuis l'introduction en France du procédé américain. Il était légitime qu'à une époque où de larges débridements et des avivements étendus exposaient à des infections graves, on fut porté à rechercher l'assouplissement des parois vaginales et leur mobilisation par des moyens mécaniques lents, mais sûrs.

A l'heure actuelle nous ne sommes plus tenus aux mêmes réserves. Il est préférable à tous égards d'agir vite et d'obtenir en une seule séance, la séance opératoire elle-même ce que de longues, nombreuses et quelquefois douloureuses séances de dilatation ne donnaient d'ailleurs qu'incomplètement autrefois.

Toutefois il sera très utile, quelque temps avant l'intervention, d'assouplir le vagin, d'élonger les brides cicatricielles par un massage pratiqué matin et soir, soit avec le doigt, soit avec les dilatateurs d'Hégar, manœuvre bien préférable aux divers instruments placés à demeure et déterminant de la douleur et de la stagnation d'urine.

Des bains de siège prolongés et fréquents, des irrigations vaginales abondantes agiront dans ce même but.

La seconde indication est d'intervenir dans une région aussi aseptique que possible, condition indispensable pour la bonne réussite de l'opération. Il faut choisir son moment; faire disparaître toute cause d'infection, érythème et excoriations de la vulve et du périné; intervenir assez loin de l'accident causal pour que toute trace de lymphangite ait disparu. C'est souvent pour avoir opéré dans des tissus infectés que des chirurgiens habiles et aseptiques ont enregistré de lamentables insuccès.

Dans le cas de fistules obstétricales, il faut attendre que les lochies soient taries et que les escarres soient éliminées. Hégar et Kaltenbach conseillent d'attendre la huitième semaine après l'accouchement. Mais d'après l'avis de certains auteurs, il faut savoir attendre quelquefois même davantage, jusqu'au moment où des examens répétés ne montrent plus aucun progrès dans la fermeture spontanée ou la cicatrisation de la fistule.

Il faudra traiter la cystite par des lavages répétés à l'eau stérilisée ou mieux avec une solution à 2 p. 1000 de nitrate d'argent. On rendra l'urine aseptique par l'urotropine à la dose de 2 à 4 grammes par jour, par 4 ou 6 capsules d'eucalyptol ou d'essence de térébenthine qui sont bien supportées, si elles sont prises au moment des repas.

La veille de l'opération on prendra les précautions d'usage: on assurera la liberté du ventre par une purgation et un grand lavement, suivis de l'absorption d'une ou deux pilules de 2 centigrammes d'extrait thébaïque.

3° Opération. — a) *Considérations générales.* — Le traitement des fistules vésico-vaginales consiste essentiellement dans l'oblitération de la perte de substance à l'aide

de sutures. On pratique un avivement et on cherche la réunion immédiate.

Les procédés classiques opératoires journellement employés sont au nombre de deux: le procédé américain par avivement simple et le procédé par dédoublement. Nous pouvons ajouter le procédé de Braquehaye qui est une combinaison des deux précédents.

La position à donner à la malade n'est pas indifférente car il faut qu'elle remplisse deux conditions essentielles: donner le plus de jour possible et permettre un accès facile de la fistule.) La position génu-pectorale de Bozeman serait évidemment la position de choix surtout dans les fistules bas situées, touchant la partie postérieure de l'urètre et cachées derrière le pubis. Dans ce cas, en effet, l'abaissement et l'extériorisation de la fistule est impossible. Mais, cette position, très utile pour l'examen, est fatigante pour la malade et guère favorable à l'anesthésie générale; on ne pourra l'employer qu'à la condition de se servir de l'anesthésie locale.

Le décubitus latéral de Sims est moins fatigant, mais n'offre aucun avantage.

Le mieux est la position que Simon appelait sacro-dorsale, et qui consiste à mettre la malade sur le dos, le sacrum plus élevé que la poitrine, les cuisses très fléchies et fortement écartées. Cette attitude nous semble la plus commode et pour la malade et pour le chirurgien.

L'anesthésie générale est à conseiller: le chloroforme ou mieux l'éther goutte à goutte.

Dans les différentes méthodes il est utile de rendre la fistule accessible aux yeux et aux doigts du chirurgien. Pour ce faire il faut *libérer le vagin des brides cicatricielles* qui souvent l'obstruent en grande partie et *abais-*

ser au maximum l'orifice fistuleux pour bien l'extérioriser.

Pour se rendre compte des brides qu'il faut supprimer il est bon au moment de l'opération, ou mieux quelques jours avant, de voir dans quel sens est le plus facile le rapprochement des lèvres de l'orifice. Pour cela on les prend avec des pinces et on les attire l'une vers l'autre; on voit ainsi les brides qui pourraient être gênantes et on les sectionne de préférence avec les ciseaux qui donnent une moindre perte de sang. L'écartement maximum ayant été obtenu on fera la suture de l'incision dans le sens perpendiculaire à la direction des brides. Ici, le catgut iodé est à recommander, il se résorbera au bout de huit à dix jours, et ne gênera ni au cours de l'opération, ni après.

On doit s'efforcer d'abaisser au maximum l'orifice fistuleux, de façon à extérioriser à la vulve la paroi vaginale qui s'étale pour ainsi dire sous les yeux et la main de l'opérateur. Il est recommandé de saisir le col avec des fils passés dans ses lèvres; ils encombrent moins que les pinces à griffes. Possible, cet abaissement rend les plus grands services, on peut opérer jusqu'à la vulve, ce qui simplifie les manœuvres, les rend plus précises et dispense des longs couteaux et ciseaux de Sims.

C'est pourquoi il ne faut pas craindre de mettre une certaine énergie musculaire pour l'obtenir. Cependant il ne faudra pas y compter dans tous les cas et si l'abaissement obtenu par de fortes tractions n'est pas suffisant, il vaut mieux abandonner l'idée car le col et les pinces viennent alors obstruer un vagin déjà trop étroit. Il ne reste plus au chirurgien qu'à s'armer de patience et à rendre ses doigts subtils.

b) *Procédé de l'avivement simple.* — C'est le procédé américain ou procédé de Sims modifié et simplifié.

La malade, après avoir subi les soins pré-opératoires indiqués dans le précédent chapitre, est mise en position dorso-lombaire, le siège surélevé. On cherche alors à extérioriser la fistule pour procéder à l'avivement, qui est la caractéristique de ce procédé, tandis qu'une valve déprime fortement la paroi vaginale postérieure.

A l'aide d'un bistouri spécial à lame étroite, on excise tout autour de l'orifice fistuleux un segment de la muqueuse vaginale de quelques millimètres à un centimètre de largeur, suivant la grandeur de l'orifice. On a ainsi un avivement excavé « en cuvette », présentant non des bords cruentés, mais des surfaces.

Avec des fils d'argent, facilement stérilisables, il ne reste plus qu'à réunir les bords de la fistule en affrontant les surfaces cruentées, les fils ressortant juste à la limite de la muqueuse vésicale, du côté de la vessie. Quelques fils superficiels serviront à parfaire l'occlusion.

c) *Procédé du dédoublement.* — C'est un procédé d'origine française, préconisé par Duboné, repris et perfectionné par Laroyenne, à Lyon; Ricard, à Paris; Walcher et Makenrodt, en Allemagne.

Duboné explique ainsi sa méthode: « Elle consiste à dédoubler les lèvres opposées de la fistule tantôt en avant et en arrière, tantôt sur les parties latérales suivant les cas, et à réunir les surfaces saignantes étalées, à l'aide d'une suture enchevillée de forme toute particulière ». Si nous ne sommes plus à l'époque des sutures enchevillées, nous pouvons considérer la phrase de Duboné comme un exposé succinct de la méthode de dédoublement.

Donc ce procédé consiste à séparer l'une de l'autre tout

autour de la fistule la vessie du vagin, sur une plus ou moins grande étendue suivant les auteurs, et à suturer séparément la plaie vésicale et la plaie vaginale.

Makenrodt pousse le dédoublement très loin, il clive sur une étendue de 5 à 7 centimètres, décollant au besoin la vessie de l'utérus, jusqu'au cul-de-sac péritonéal. Dans ces conditions de large dédoublement la paroi vésicale devient libre et vraiment flottante; il est facile de suturer alors les deux bords au moyen du catgut. Par dessus on suture les lèvres du plan vaginal, en faisant au besoin, à bonne distance, des incisions superficielles libératrices. Si elles ne cèdent pas suffisamment pour s'appliquer l'une à l'autre, on approche du mieux que l'on peut et on laisse la cicatrisation se faire *per secundam.*

Ricard, de parti-pris, néglige de suturer la vessie, excepté lorsqu'il a affaire à des fistules énormes. Quénu, au contraire, recommande une suture spéciale au catgut les fils restant autant que possible sous-muqueux.

Le dédoublement est facile à exécuter quand il y a peu de brides ou quand ces brides ont été sectionnées. Il faut faire la section de ces brides largement, audacieusement (boldly) comme disent les Américains.

On établit le sens dans lequel la réunion se fera avec le moins de traction; puis, la fistule étant maintenue abaissée à l'aide de pinces, on incise la bordure cicatricielle et au besoin même on excise sur une étendue de 2 ou 3 millimètres, le tissu cicatriciel s'il est dur et irrégulier. On amorce le clivage au bistouri puis on achève le décollement, entre les plans vaginal et vésical, avec les ciseaux fermés ou avec une sonde cannelée. Il faut décoller et éviter le plus possible de couper et cela sur une étendue de 10 à 15 millimètres dans l'axe de réunion, de 15 à 20 millimètres dans l'axe perpendiculaire. A chaque extré-

mité du grand axe de la fistule il est bon d'inciser la muqueuse vaginale, de façon à éviter tout froncement, toute inversion quand on serrera les fils de suture. L'écoulement sanguin est peu considérable et facile à réprimer, à la condition qu'on décolle, sans couper.

La vessie étant bien séparée du vagin, on suture l'orifice qu'elle présente en commençant par une des extrémités de l'ovale. On se sert d'une aiguille ordinaire, l'aiguille de Doyen par exemple ou encore de l'aiguille courbe de Reverdin. La suture vésicale se fera de préférence au catgut iodé, mais les volets vaginaux seront juxtaposés par des fils métalliques (argent ou laiton) ou des crins de Florence qui donnent peut-être plus de garanties.

Il va sans dire que si ces volets vaginaux sont trop courts, on pourra les mobiliser au moyen d'incisions libératrices faites à distance et à profondeur convenables.

On peut aussi employer la technique préconisée par M. le professeur Tédenat se rapprochant de celle de Ricard, le décollement ouvre un angle dièdre formé par les lèvres du plan vaginal et les lèvres du plan vésical; les fils sont alors appliqués à 6 millimètres de distance les uns des autres de la façon suivante, en commençant par une des extrémités de l'ovale. L'aiguille pénètre dans la tranche vaginale à 2 millimètres de son bord libre, glisse cachée dans son épaisseur, continue son trajet interstitiel dans l'angle dièdre, puis dans l'épaisseur du plan vésical, et sort à 1 ou 2 millimètres de son bord libre. De l'autre côté elle suit le même trajet en sens inverse. Quand tous les points de suture sont passés, on les serre par torsion en veillant à l'application exacte d'angle contre angle, et ainsi sont juxtaposés en large surface les plans avivés. Les deux surfaces vaginales font arête saillante

dans le vagin, les deux surfaces vésicales font arête saillante dans la vessie.

Dans les fistules étendues ayant nécessité pour la mobilisation des lèvres un large clivage, ce mode de suture s'applique mal. Il expose à l'inversion des lambeaux et à leur juxtaposition imparfaite. Il faut avoir recours dans ce cas à la suture séparée de la vessie et du vagin.

d) *Procédé du retournement de Braquehaye.* — Au Congrès français de chirurgie de 1899, M. Braquehaye a repris, avec quelques modifications, un procédé employé par Auguste Martin, de Berlin, en 1891, par Ferguson, de Chicago (1893), et par Stanmore Bishop (1897).

Ce procédé tient à la fois des deux précédents. Il consiste à faire sur la paroi vaginale une incision circulaire à quelque distance du bord libre de la fistule et n'intéressant que le vagin. On circonscrit ainsi une collerette muqueuse que l'on décolle jusque près de ce bord de la fistule. Cette collerette est retournée de façon que la muqueuse vaginale regarde la cavité vésicale. On suture au catgut, soit en bourse, soit à points séparés et par dessus on pratique, au fil métallique, la suture de la surface d'avivement qui résulte du détachement centripète du lambeau. On a ainsi un double plan de sutures, donnant à la réparation plus de solidité.

4° Soins post-opératoires. — On recommande de laisser les fils longs ; de les réunir en faisceau au milieu du vagin en les entourant d'une mèche de gaze, ou de les placer à l'intérieur d'un drain (Ricard). Les avantages des fils longs sont de ne pas blesser avec leurs extrémités piquantes les parois du vagin et de plus, ils sont enlevés avec plus de facilité.

Dans le vagin un tamponnement d'abord très serré à la gaze iodoformée sera remplacé dès le second jour par un tamponnement beaucoup plus lâche. Ce pansement sera fait tous les deux jours jusqu'à l'ablation des fils.

Le cathétérisme répété de la vessie constitue une double chance de traumatisme et d'infection. La sonde à demeure de Petzer ou de Malécot, semble préférable, à condition qu'on ne la laisse pas être une cause d'infection pour la vessie, c'est-à-dire à condition qu'on la change tous les trois ou quatre jours, et que l'on en plonge l'extrémité dans une solution de sublimé.

On aura soin d'empêcher toute formation de concrétions phosphatiques en lavant deux fois par jour la vessie avec de l'eau stérilisée; on évitera ainsi toute rétention d'urine, qui en mettant la vessie en tension, pourrait faire lâcher les sutures.

Dans le cas où la sonde s'obturerait, on ferait une injection d'eau stérilisée avec une pression modérée, et, dans le cas d'insuccès, on changerait purement et simplement la sonde.

Les fils seront enlevés au dixième jour avec beaucoup de patience, de douceur et d'attention pour ne pas tirailler les bords de la plaie. Le douzième jour la malade pourra uriner seule, mais on ne peut lui permettre de se lever avant quinze ou seize jours.

La position à donner à la malade a été elle aussi discutée: Ricard laisse volontiers ses malades dans la position dorsale; M. Richelot et d'autres préfèrent la position latérale. M. Vitrac, de Bordeaux, s'est fait l'ardent défenseur du décubitus ventral: on supprime ainsi le contact de la plaie avec les urines, qui peuvent causer l'infection et la désunion. Dans cette position, en effet, « le plan déclive de la vessie devient celui de la face antérieure et qui,

pour les vessies extensibles, fait réservoir au-dessus du pubis; la paroi fistulisée n'est pas en contact aussi intime avec l'urine, ou, du moins, le liquide n'arrive plus à s'accumuler à son niveau et à presser ainsi sur la plaie opératoire ».

Il faut ajouter que si le décubitus ventral semble plus rationnel, il nous paraît difficile de faire accepter cette position par les malades, surtout quand elle doit se prolonger pendant une semaine au moins.

B. Voie sus-pubienne

Nous n'avons pas l'intention de nous arrêter longtemps aux procédés opératoires par la voie haute, qui demandent un développement tout particulier; nous avons réservé cette étude aux procédés vaginaux, cependant pour être aussi complet que possible, nous voudrions simplement dire un mot des opérations en usage par la voie sus-pubienne.

Dans certains cas difficiles, soit qu'il y ait des lésions vaginales trop étendues, trop accentuées, soit que la fistule soit placée trop haut ou qu'elle soit trop large, la voie vaginale simple ne suffit pas.

Dans certains de ces cas compliqués, on peut encore se contenter de la voie vaginale, en pratiquant des débridements vulvaires; en sectionnant la vulve d'un côté ou des deux, suivant les conseils de Chaput, on obtient un jour considérable.

Si les difficultés paraissent trop grandes pour qu'on puisse aborder et opérer la fistule par la voie vaginale, on opèrera par la voie haute.

Procédé de Trendelenburg (taille sus-pubienne). — Trendelenburg attaque les fistules (principalement celles haut situées et difficilement abaissables) par l'intérieur de la vessie. Il préconise l'incision transversale de la paroi abdominale. Il est bien certain que cette manière de faire donne un jour beaucoup plus grand que l'incision verticale, mais il faut convenir qu'elle expose peut-être plus que cette dernière aux éventrations consécutives.

L'incision de la paroi abdominale étant faite, on refoulera en haut, s'il y a lieu, le cul-de-sac péritonéal. La vessie sera ouverte, soit sur un cathéter, soit sur un doigt introduit dans le vagin.

On peut alors se contenter d'un simple avivement et d'une suture. On peut, d'autre part, tenter de faire mieux en dédoublant les bords de la fistule en un plan vésical et un plan vaginal et dans cette hypothèse, chacun des orifices sera fermé par un système propre de sutures.

Procédé de Bardenhauer (laparotomie sous-péritonéale). — Bardenhauer crut pouvoir plus aisément dédoubler la paroi vésico-vaginale en allant, à l'aide d'une laparotomie, en arrière de la vessie. Mais craignant d'infecter la cavité péritonéale, il conseillait de faire une laparotomie sous-séreuse.

Procédé de Dittel (laparotomie transpéritonéale). — Ce procédé ressemble beaucoup au précédent; mais ici on atteint le but à travers le péritoine. Ce procédé est conseillé par M. le professeur Forgue.

C. Valeur comparée des diverses méthodes

Nous n'avons pas parlé intentionnellement du colpocléisis (ou fermeture du vagin au-dessous de la fistule de façon à faire du vagin un diverticule de la vessie), ni de l'épisiorrhaphie (fermeture de la vulve). Ces opérations apparaissent à plusieurs auteurs comme la dernière ressource du chirurgien au cas où les méthodes les plus usuelles (l'américaine et le dédoublement), ont échoué. Le colpocléisis doit être évité toutes les fois que l'utérus est conservé et que la menstruation persiste. La rétention des règles est une complication non négligeable: le sang séjourne longtemps dans le cul-de-sac vaginal créé du fait de l'opération. Ce sang infecté par un utérus qui n'est jamais indemne, donne lieu à des douleurs, à des ulcérations du vagin qui rendent souvent, au bout de quelques mois, la situation intenable.

Le vagin en contact avec une urine forcément infectée, s'incruste et s'emplit de calculs. L'utérus réagit à son tour, des métrites aiguës se déclarent, suivies elles-mêmes souvent de salpingites graves.

Mais les complications les plus constantes et les plus sérieuses en même temps, sont celles de l'arbre urinaire. Toutes les malades dont le conduit vaginal est fermé, ont de la cystite, et souvent l'infection se propage plus haut, donnant lieu à des pyélonéphrites parfois mortelles.

La cure radicale par la voie sus-pubienne a donné dans les mains de chirurgiens particulièrement expérimentés, d'incontestables succès. Dans la statistique de Martin (Thèse de Paris, 1897), on trouve que quatorze tentatives ont donné deux insuccès, un succès partiel et onze gué-

risons. Il faut, de plus, considérer que ces guérisons ont été obtenues dans des cas graves, en présence desquelles la méthode américaine s'était montrée ou impraticable ou impuissante. Mais on doit reconnaître que la technique en est difficile, que la profondeur à laquelle on opère rend les manœuvres des plus malaisées, enfin qu'il est inévitable par la cystotomie de laisser des fils vésicaux qui, d'une manière à peu près fatale, donneront naissance à des calculs.

Il est vrai que Bardenhauer et Dittel ont, l'un par la voie sous-péritonéale, l'autre par la voie trans-péritonéale dédoublé la cloison vésico-vaginale et que, dans une certaine mesure, on peut de cette manière placer des fils ne faisant pas saillie dans la cavité vésicale. Mais il nous semble bien que, comme l'ouverture vésicale doit être fermée directement, il sera la plupart du temps bien difficile de placer sur elle des fils n'exposant pas à ces concrétions et à ces calculs qu'il est si important d'éviter.

A quoi bon en somme compliquer inutilement les choses? L'expérience a montré plusieurs fois que la cure radicale par la voie sus-pubienne ayant échoué, la méthode du dédoublement a réussi: témoin l'observation citée par Ricard à la Société de chirurgie, le 10 octobre 1900.

La véritable rivale de la technique du dédoublement est la méthode américaine. Il nous paraît cependant que, l'on peut faire à cette dernière des objections décisives.

Dans la méthode américaine, on enlève, à cause de l'avivement oblique, une certaine quantité de tissu à la cloison vaginale, et cette ablation dans des tissus aussi rétractiles est suivie d'un élargissement marqué.

A tout prendre cette perte peut être tenue pour négligeable lors d'une première opération, mais si un insuccès se produit, c'est une nouvelle perte qu'il faut faire

subir à une paroi vaginale déjà trop petite. On voit par là à quelles impossibilités matérielles conduisent des insuccès multiples.

Dans le procédé de dédoublement il n'y a pas de perte de substance, et au cas d'un insuccès, la malade se trouve toujours dans des conditions aussi bonnes qu'avant la première intervention.

D'autre part, la surface d'affrontement est, dans le procédé américain, forcément égale à la surface de l'avivement. Or, dans l'autre technique le même rapport est du double, et les chances de réunion sont ainsi considérablement augmentées.

Enfin, le reproche capital qui nous fait en principe rejeter la méthode américaine, c'est que dans tous les cas il y a des tiraillements au niveau des sutures. Les deux surfaces obliques créées par l'avivement ne s'affrontent pas sans une traction notable, et on sait ce qu'en chirurgie générale donnent de pareilles conditions de réunion.

C'est à dessein que nous ne parlerons pas de la difficulté opératoire. La technique de Sims demande des instruments spéciaux et délicats, alors que, grâce à l'abaissement et au dédoublement, l'outillage courant qui suffit pour une hernie inguinale, suffit aussi pour une fistule vésico-vaginale même haut située.

Il ne nous reste plus qu'à faire la critique de la méthode de Braquehaye. Pour Richelot ce procédé combine tous les avantages des procédés américains et du dédoublement. Le retournement de la collerette donnerait une suture sans tractions, et la suture de l'avivement vaginal fournirait un second plan de coaptation qui manque dans le dédoublement simple.

Cependant ce procédé n'est guère applicable qu'aux fistules de faibles dimensions, souples, pour lesquelles l'a-

vivement de Sims ou mieux le dédoublement donnent des résultats excellents. Notez encore que le lambeau vaginal inversé a un pédicule formé surtout de tissu cicatriciel de vitalité médiocre, et que sa taille allonge, sans grands bénéfices, les manœuvres opératoires. De plus, il faut mettre en première ligne la diminution à chaque insuccès de la surface vaginale utilisable.

En somme, il semble bien que le procédé du dédoublement soit le seul qui convienne à tous les cas, et celui qui a donné dans les circonstances les plus désespérées, le plus de guérisons durables.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC

Les fistules urinaires constituent une affection grave. Leur guérison spontanée est possible, mais très rare, et d'autre part, nous avons vu qu'elles sont une très grande infirmité et qu'elles sont susceptibles de donner lieu à des complications sérieuses.

Au point de vue opératoire, la guérison est la règle, mais quelquefois ce n'est qu'après plusieurs échecs partiels ou complets que l'on arrive à un résultat appréciable. On cite le cas de Pozzi ayant opéré et guéri une malade qui avait déjà subi onze opérations. Routier rapporte que Verneuil fit avec lui, pour une même fistule d'apparence assez simple, quinze tentatives opératoires sans le moindre succès, dans l'espace de quatre ans environ, et que lui-même finit par la guérir à la dix-septième opération. (Routier, Com. Soc. chir., 1897). Quoi qu'il en soit, il ne faut jamais renoncer à l'espoir de fermer une fistule, car même un échec opératoire est suivi d'une amélioration et de la diminution de l'orifice fistuleux.

OBSERVATIONS

(Dues à l'obligeance de M. le professeur de Rouville)

Observation première

Mme Blanche O..., 25 ans, couturière à Montpellier.

Entre à l'hôpital le 6 novembre, parce que depuis son accouchement elle perd son urine par le vagin.

Accouchement le 9 octobre, très pénible; travail très long, mais nous n'avons pas pu en préciser la cause.

Enfant mort pendant le travail. Pas d'application de forceps.

Quinze jours plus tard, quand la malade se lève, elle s'aperçoit qu'elle ne retient plus ses urines.

Etat général très bon.

Erythème à la face interne des cuisses et au périnée.

A l'examen, une sonde introduite par l'urètre pénètre facilement dans le vagin.

Fistule à bords très souples de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, située très bas, sur la ligne médiane et empiétant quelque peu sur la partie postérieure de l'urètre. Urines claires, pas d'infection vésicale.

Opérée le 6 novembre. Dédoublement associé à l'avivement, Sonde à demeure pendant dix jours. Guérison complète sans incidents.

Observation II

Joséphine M..., Agde.

En mai 1911, après un accouchement excessivement laborieux et un travail long de sept jours, la malade a présenté de la rétention d'urine; il a fallu la sonder. Après un sondage brutal, au dire de la malade (nous avons vu dans l'étiologie ce qu'il faut penser de ces accusations) elle s'est aperçue qu'elle perdait ses urines par le vagin.

Depuis les urines passent par la fistule d'une façon continue et en totalité; elle ne ressent plus le besoin d'uriner.

La malade entre à l'hôpital en mars 1912.

Bon état général, urines normales.

Erythème aux cuisses et au périnée.

Fistule large comme 50 centimes, présentant un bourrelet cicatriciel légèrement induré, et empiétant sur la partie postérieure de l'urètre.

Opérée le 20 mars. Dédoublement associé à l'avivement. Sonde à demeure pendant dix jours.

La malade se lève au bout de quinze jours; il persiste une petite fistulette.

Chez l'une et chez l'autre de ces deux femmes, la fistule, de dimension d'une pièce de 50 centimes, empiétait sur la partie postérieure de l'urètre; elle était en partie dissimulée derrière le pubis et la portion de muqueuse vaginale qui tapisse la partie inférieure de l'urètre, hypertrophiée, formait comme un barrage surélevé au-devant de la demi-circonférence antérieure de la fistule qu'elle rendait pour ainsi dire inaccessible. Cette disposition était

peu favorable à l'emploi des méthodes habituelles du traitement des fistules vésico-vaginales; il n'y avait pas à songer à extérioriser la fistule, et le procédé quel qu'il fut, devait de ce fait être difficilement mis en œuvre.

Les parois vaginale et vésicale se laissèrent aisément séparer l'une de l'autre sur toute la demi-circonférence postérieure et sur les parties latérales de la fistule; mais, comme il était à prévoir, il fut absolument impossible d'amorcer le dédoublement sur la demi-circonférence antérieure. L'avivement large de la muqueuse vaginale sous-urétrale, fut pratiqué après avoir au préalable introduit dans l'urètre une sonde comme repère contre toute blessure accidentelle de ce canal.

Ceci fait, l'orifice vésical de la fistule fut fermé partiellement au catgut, tout au moins chez la première malade, car il fut impossible d'y parvenir chez la deuxième. Quoi qu'il en soit, chez l'une et chez l'autre, le décollement postérieur fut repris et poussé assez loin en arrière pour que le lambeau vaginal ainsi obtenu, ramené en avant comme un tiroir, pût venir s'appliquer par toute sa surface cruentée sur la surface avivée vaginale antérieure. Quelques points de suture maintinrent les choses en place et la première malade fut guérie en une seule séance. Chez la deuxième on dut recourir, à trois reprises, à l'oblitération, après avivement complémentaire d'une fistulette qui persistait à la partie antérieure et médiane de la ligne de suture.

Il est intéressant d'insister sur l'ingéniosité du procédé employé par M. de Rouville: le clivage ne pouvant se faire au niveau de la portion juxta-urétrale par suite de cette disposition anatomique spéciale que nous avons indiquée au chapitre I de ce travail, il était impossible d'user du

dédoublement classique, opération de choix; d'autre part, l'avivement simple est moins à recommander, et, d'après les statistiques (Dupin, Thèse de Bordeaux, 1906), expose à plus d'échecs; il était donc intéressant de combiner ces deux procédés de façon à réaliser le maximum de chances de succès.

CONCLUSIONS GENERALES

A. Pour le traitement chirurgical des fistules vésico-vaginales, l'opération de choix, toutes les fois qu'elle est possible, est la méthode du dédoublement.

B. Les conditions de la réussite de cette méthode devront être trouvées.

a) Dans les soins pré-opératoires.

b) Dans l'étendue du dédoublement qui doit être poussé jusqu'au tissu vaginal souple et sain.

c) Dans les soins post-opératoires.

Immobilisation de la malade.

Port d'une sonde à demeure changée tous les trois ou quatre jours et maintenue trois ou quatre jours après l'ablation des fils.

Lavages de vessie deux fois par jour.

Surveillance attentive de la perméabilité de la sonde.

BIBLIOGRAPHIE

Braquehaye. — Bull. des Hôp. civils français de Tunis, IV, 1901.

— XIII[e] Congrès français de Chirurgie, 21 oct. 1891.

— Bull. et Mém. Soc. Chir., Paris 1900, XXVI, 988-990.

Bardenhauer. — Verchluss grosser vesico-vaginalfisteln durch transplantation der Blasenwand, *Arch. f. Klin. chir.*, Berl., 1891.

Chapoy. — Traitement des fistules vésico-vaginales par le procédé de Braquehaye, Thèse de Paris, 1904.

Cocural. — Des procédés de dédoublement dans le traitement des fistules vésico-vaginales, Thèse de Paris, 1905.

Casamayor. — Nouveau procédé opératoire des fistules vésico-vaginales. Gazette des Hôpitaux, 23 juillet 1901, page 811.

Duboné. — Mémoire sur l'emploi d'un nouveau procédé autoplastique ou à lambeaux dans l'opération de la fistule vésico-vaginale. Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris, 1865.

Dupin. — Quel est le meilleur traitement opératoire des fistules vésico-vaginales. Thèse de Bordeaux, 1906.

Defossez. — Traitement des fistules vésico-vaginales par la méthode du dédoublement. Thèse de Lille, 1901.

Doumerg. — Traitement des fistules vésico-vaginales par la voie hypogastrique. Thèse de Montpellier.

Dittel. — Abdominale Blasenscheindenfisteln. Operation. *Wien., Klin. Woch.,* 1893, p. 449.

Forgue. — Presse médicale, Paris 1895, XVIII[e] Congrès de l'Ass. fr. de chir., communication.

Hoareau. — Du traitement des fistules vésico-vaginales par le procédé du dédoublement. Thèse de Paris, 1896.

Le Guen. — XIII[e] Congrès international de médecine. août 1900.

— Semaine gynécologique (compte rendu du Congrès) 1900.

— La Clinique, t. VIII, n° 14, 1913.

Le Dentu et Delbet. — Traité de chirurgie, t. X.

Launay. — Fistule vésico-vaginale guérie par la méthode du dédoublement. Gazette des Hôpitaux, 17 mars 1905, p. 573.

Michaux. — Communication. VI[e] Congrès français de Chir., Paris 1892, p. 618.

Maze. — De la méthode du dédoublement dans le traitement chirurgical des fistules vésico-vaginales. Thèse Paris, 1902.

Martin. — Etude sur le traitement opératoire des fistules vésico-vaginales et en particulier par le procédé de dédoublement. Thèse Paris, 1897.

Mauclaire. — Progrès médical, 29 mars 1913, n° 13.

Peyrecave. — Procédé Braquehaye. Thèse de Bordeaux, 1908.

Reclus. — Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris. Discuss., juillet 1901 et nov. 1903.

Ricard. — Communication au X[e] Congrès français de chir., oct. 1896. Gazette des Hôpitaux.

— Bull. et Mém. Soc. Chir., Paris, mars 1900, octobre 1900, nov. 1901.

Surin. — Voie transvésicale. Technique, indications, résultats. Thèse Lyon, 1909.

Trendelenburg. - Ueber Blasenscheidenfisteln operationen, *Volkmann's Klin, Vort.*, 1890, n° 355.

Tédenat et Delmas (J.). — Province médicale, 19 oct. 1912 p. 457.

Thiers. — Voie transvésicale. Thèse Lyon, 1904.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 8 juillet 1913.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 8 juillet 1913
Le Doyen,
MAIRET.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS 10

INTRODUCTION 11

CHAPITRE PREMIER. — ANATOMIE DE LA RÉGION VÉSICO-VAGINALE. 12

CHAPITRE II. — ETIOLOGIE 15

CHAPITRE III. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE 17

CHAPITRE IV — SYMPTÔMES — DIAGNOSTIC 19

CHAPITRE V. — TRAITEMENT 22

A. — VOIE VAGINALE 22

1° *Rapide historique.*

2° *Soins pré-opératoires.*

3° *Opérations.*

a) Considérations générales.

b) Procédé de l'avivement simple.

c) Procédé du dédoublement.

d) Procédé de retournement de Braquehaye.

4° *Soins pré-opératoires.*

B. — VOIE SUS-PUBIENNE 33

C. — VALEUR COMPARÉE DES DIVERSES MÉTHODES 35

CHAPITRE VI. — PRONOSTIC 39

OBSERVATIONS 40

CONCLUSIONS GÉNÉRALES 45

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !